

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía  
Número de identificación: 1019102558  
Nombres y Apellidos DENIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ  
Fecha de nacimiento: 27/11/1994

| Vacuna                   | Dosis            | Fecha      | Nombre comercial | Lote   | Institución vacunadora                          |
|--------------------------|------------------|------------|------------------|--------|-------------------------------------------------|
| Anti - Rábica            | Primer refuerzo  |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segundo refuerzo |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          | Quinta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          | Refuerzo         |            |                  |        |                                                 |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primer refuerzo  |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segundo refuerzo |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          | Quinta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          | Refuerzo         |            |                  |        |                                                 |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          | Quinta dosis     |            |                  |        |                                                 |
|                          |                  |            |                  |        |                                                 |
| BCG                      | Única            |            |                  |        |                                                 |
| COVID - 19               | Primera dosis    | 25/02/2021 | Pfizer           | EN1195 | HOSPITAL ENGATIVA II SEDE PRINCIPAL<br>CALLE 80 |
|                          | Segunda dosis    | 18/03/2021 | Pfizer           | EN1195 | HOSPITAL ENGATIVA II SEDE PRINCIPAL<br>CALLE 80 |
| DPT                      | Única            |            |                  |        |                                                 |
| DPT Acelular             | Única            |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primer refuerzo  |            |                  |        |                                                 |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                                 |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |        |                                                 |

Datos del Vacunado

|                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía           |
| Número de identificación: | 1019102558                     |
| Nombres y Apellidos       | DENIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1994                     |

|                             |               |            |                                  |                                 |                              |
|-----------------------------|---------------|------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| DPT Acelular                | Quinta dosis  |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Refuerzo      |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Cuarta dosis  |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Quinta dosis  |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Única         |            |                                  |                                 |                              |
| Fiebre amarilla             | Primera dosis | 02/09/2021 | Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR | R3N10                           | TERMINAL SATELITAL DEL NORTE |
| Fiebre tifoidea             | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Segunda dosis |            |                                  |                                 |                              |
| Hepatitis A                 | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Segunda dosis |            |                                  |                                 |                              |
| Hepatitis A, Hepatitis B    | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Segunda dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Tercera dosis |            |                                  |                                 |                              |
| Hepatitis B                 | Primera dosis | 09/09/2017 | Recombax B                       | IPS VACUNAR COLOMBIA            |                              |
|                             | Segunda dosis | 10/11/2017 | Hepavax Gene                     | 1434033.01 - 01 SEPTIEMBRE 2020 | IPS VACUNAR COLOMBIA         |
|                             | Tercera dosis | 09/06/2018 | Hepavax Gene                     | 1434034.02                      | IPS VACUNAR COLOMBIA         |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Segunda dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Tercera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Refuerzo      |            |                                  |                                 |                              |
| Influenza                   | Única         |            |                                  |                                 |                              |
| Meningococo                 | Única         |            |                                  |                                 |                              |
| Meningococo Conjugado       | Única         |            |                                  |                                 |                              |
| Meningococo Polisacárido    | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
| Neumo Conjugado             | Única         |            |                                  |                                 |                              |
| Neumo Polisacárido          | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Refuerzo      |            |                                  |                                 |                              |
| Neumococo                   | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Refuerzo      |            |                                  |                                 |                              |
| Neumococo Trece valente     | Primera dosis |            |                                  |                                 |                              |
|                             | Refuerzo      |            |                                  |                                 |                              |
| Sarampión y Rubéola         | Primera dosis | 23/05/2012 | Sarampión -Rubéola - SERUM       |                                 |                              |
| Td                          | Primera dosis | 27/02/2013 | Toxoide Tetánico y diftérico     |                                 |                              |
|                             | Segunda dosis | 09/09/2017 | Toxoide Tetánico y diftérico     | IPS VACUNAR COLOMBIA            |                              |

Datos del Vacunado

|                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía           |
| Número de identificación: | 1019102558                     |
| Nombres y Apellidos       | DENIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1994                     |

|                            |               |            |                              |            |                             |
|----------------------------|---------------|------------|------------------------------|------------|-----------------------------|
| Td                         | Tercera dosis | 24/07/2020 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2338X004AE | UPA EL RINCON               |
|                            | Cuarta dosis  | 14/10/2021 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2339X026A  | GRUPO EXTRAMURAL - ENGATIVA |
| Toxoide Tetánico           | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Tercera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Cuarta dosis  |            |                              |            |                             |
|                            | Quinta dosis  |            |                              |            |                             |
|                            | Refuerzo      |            |                              |            |                             |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Tercera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Cuarta dosis  |            |                              |            |                             |
|                            | Quinta dosis  |            |                              |            |                             |
|                            | Refuerzo      |            |                              |            |                             |
| Triple viral               | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Refuerzo      |            |                              |            |                             |
|                            | Primera dosis |            |                              |            |                             |
| Varicela                   | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Refuerzo      |            |                              |            |                             |
| Varicela + Triple Viral    | Única         |            |                              |            |                             |
| VPH Bivalente              | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Tercera dosis |            |                              |            |                             |
| VPH Nona Valente           | Única         |            |                              |            |                             |
|                            | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Tercera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Única         |            |                              |            |                             |
| VPH Tetravalente           | Única         |            |                              |            |                             |
|                            | Primera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Segunda dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Tercera dosis |            |                              |            |                             |
|                            | Única         |            |                              |            |                             |

Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación  
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



**MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: **Dennis**  
Apellidos: **Traile**  
Documento de identidad: C.C. **X** C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.  
Número de documento: **1019102558**  
Fecha de nacimiento: Día **27** Mes **11** Año **1994**

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoide Tetánico -<br>Diftérico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                          | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha  | Fabricante y lote    | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|--------|----------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |        |                      |                                    |
|                      | 2        |        |                      |                                    |
| Influenza estacional | Anual    | 8.1.25 | 25.1.25<br>V50524004 | Edward Muñoz                       |
|                      | Anual    |        |                      |                                    |
| Covid 19             | 1ª       |        |                      |                                    |
|                      | 2ª       |        |                      |                                    |
|                      | 1er Ref. |        |                      |                                    |
|                      | 2do Ref. |        |                      |                                    |
| Otras                |          |        |                      |                                    |
|                      |          |        |                      |                                    |
|                      |          |        |                      |                                    |
|                      |          |        |                      |                                    |

| Vacuna        | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No.                           | FIRMA                       |
|---------------|-------|------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| HEPATITIS B   | 1     | 09 SET. 2017     | HEPABAC<br>111102245<br>07/15/2019 | IPS VACUNAR<br>COLOMBIA SAS |
|               | 2     | 10 NOV 2017      |                                    | IPS VACUNAR<br>COLOMBIA SAS |
|               | 3     | 09 JUN. 2018     | HEPABAC<br>111102245<br>07/15/2019 | IPS VACUNAR<br>COLOMBIA SAS |
|               | R     |                  |                                    |                             |
| HEPATITIS A+B | 1     |                  |                                    |                             |
|               | 2     |                  |                                    |                             |
|               | 3     |                  |                                    |                             |
| HEPATITIS A   | 1     |                  |                                    |                             |
|               | 2     |                  |                                    |                             |

| Vacuna                                 | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA                       |
|----------------------------------------|-------|------------------|----------|-----------------------------|
| VARICELA                               | 1     |                  |          |                             |
|                                        | 2     |                  |          |                             |
| INFLUENZA                              | 1     |                  |          |                             |
|                                        | 2     |                  |          |                             |
| TOXOIDE<br>TETANICO<br>DIFTERICO<br>TD | 1     |                  |          |                             |
|                                        | 2     |                  |          |                             |
|                                        | 3     | 09 SET. 2017     |          | IPS VACUNAR<br>COLOMBIA SAS |
|                                        | 4     |                  |          |                             |
|                                        | 5     |                  |          |                             |
| F. AMARILLA                            | 1     |                  |          |                             |

| Vacuna       | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|--------------|-------|------------------|----------|-------|
| DPT ACELULAR | 1     |                  |          |       |
| NEUMOCOCO    | 1     |                  |          |       |
| MENINGOCOCO  | 1     |                  |          |       |
| ANTIRRABICA  | 1     |                  |          |       |
|              | 2     |                  |          |       |
|              | 3     |                  |          |       |
| ETIFOIDEA    | 1     |                  |          |       |
| TVIRAL       | 1     |                  |          |       |
|              | 2     |                  |          |       |

| CERTIFICADO DE VACUNACIÓN                                          |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro Especializado de Vacunación                                 |                                                                                       |
| Nº 03271                                                           |  |
| <b>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</b>                                    |                                                                                       |
| Vacunarse es su Seguro de Vida                                     |                                                                                       |
| NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401               |                                                                                       |
| NOMBRE:                                                            | Dennis Johanna Fraile                                                                 |
| IDENTIFICACIÓN:                                                    | 1019102558                                                                            |
| TELÉFONO:                                                          | 322 7080040 F.N.: 27-11-99                                                            |
| Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya                                |                                                                                       |
| Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713 |                                                                                       |
| e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.com    |                                                                                       |